

**Formulación e intervención clínica de un caso de estrés asociado a
enfermedad médica de Vitiligo**

Eduard Emilio Rivera Lizarazo

Universidad del Norte

Maestría en Psicología Clínica

Bucaramanga, noviembre de 2018

**Formulación e intervención clínica de un caso de estrés asociado a
enfermedad médica de Vitíligo**

Eduard Emilio Rivera Lizarazo

Dirigido por:

Amparo Durán Mosquera

**Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
MODALIDAD CLÍNICA**

Universidad del Norte

Maestría en Psicología Clínica

Bucaramanga, enero de 2019

Tabla de Contenido

Introducción.....	6
Justificación	6
Área problemática.....	8
Objetivo	8
Objetivos Específico.....	8
Historia Clínica.....	9
Identificación del paciente.....	9
Motivo de Consulta	9
Descripción sintomática	9
Historia Personal	10
Historia Familiar.....	13
Genograma.....	14
Proceso de evaluación	14
Análisis de caso	16
Descripción de las sesiones	17
Marco Conceptual.....	21
Metodología.....	25
Consideraciones éticas.....	26
Resultados, discusión y conclusiones	27
Referencias	31
Anexos.....	35
Anexo 1. Cuestionario de Esquemas de Young	35
Anexo 2. Consentimiento informado	38

Lista de tablas

Tabla 1. Resultados de la formulación clínica.....	15
Tabla 2. Criterios diagnósticos DSM-V para Trastornos Adaptativos.....	15
Tabla 3. Debate cognitivo realizado con el paciente	20

Agradecimientos

Expreso mi agradecimiento inicialmente a Dios, por permitirme llegar hasta esta instancia tan importante y constructiva para mí como persona y profesional, a mi esposa e hija, por la comprensión y el apoyo en todo sentido, puesto no ha sido fácil, pero no hubiese podido ser posible sin su colaboración y ayuda, las amo; agradezco por este camino que finaliza a mis padres por sus oraciones, las cuales son el reflejo en mi proceso formativo, a mis suegros quienes con su confianza me hacen ver un camino venidero, gracias.

Agradezco a mi asesora Dra. Amparo Duran Mosquera, quien ha demostrado ser más que una formadora, un modelo a seguir como persona y como profesional, pieza clave de este logro y quien me ha inculcado el camino de la psicoterapia e investigación y más que eso de la cultura del aprendizaje continuo y constante, pero ante todo la conciencia por el otro.

Agradezco a todos aquellos que de alguna manera tuvieron participación en este trabajo, que hoy culmina satisfactoriamente, agradezco incluso a Elogios por su apoyo en el trabajo de campo, en el cual realice mis prácticas y del cual surgió la inquietud clave para el nacimiento de lo que hoy es mi proyecto de grado.

Introducción

Se realizó un estudio de caso en cuanto a formulación e intervención de un caso de estés asociado a un paciente adolescente diagnosticado con enfermedad médica de Vitíligo, la cual hace referencia a “una decoloración particular y parcial de la piel, congénita o accidental, puede desarrollarse en cualquier parte del cuerpo” (Schedel & Cazenave, 1851) considerada una de las principales enfermedades con una alta afectación en cuanto al ámbito estético y la cual parece tener un componente psicológico amplio que incide en su etiología, mantenimiento y cronicidad. El presente caso se formuló e intervino desde el enfoque cognitivo conductual implementando la terapia de aceptación y compromiso, buscando la disminución de la sintomatología de estrés que posiblemente agrava la enfermedad médica de Vitíligo y mejorando la calidad de vida del paciente.

Justificación

El vitíligo es una enfermedad quizás de poca incidencia a nivel mundial, según la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica en 2016 dicha enfermedad afecta entre un 0,5 a 2% de la población mundial y la edad promedio de inicio es a los 20 años, pero afecta en gran medida al individuo que la padece al impactar el ámbito estético, Valle (2017) refiere que gran parte de los pacientes con la enfermedad comentan que ésta apareció como una mancha pequeña y poco a poco a través del tiempo fue expandiéndose a un patrón cada vez más amplio de manchas, tras hacer pasado por estados de estrés físico o mental, asimismo, dicho autor en su libro “una guía pertinente para el Vitíligo” expone que una situación de estrés o con componentes estresores para el individuo puede disparar la aparición de las manchas propias de la enfermedad, demostrando por ende que existe una relación directa entre el Vitíligo y la salud mental.

Teniendo en cuenta lo previamente mencionado, esta enfermedad repercute en la calidad de vida de quien la padece, por una parte debido a la existencia de discriminación social afectando la dimensión interpersonal, asimismo la existencia de prejuicios en diferentes culturas y comunidades, generando en quienes portan el Vitíligo ansiedad, depresión, agresión e irritabilidad, teniendo un alto impacto a nivel psicosocial, el cual puede, según lo mencionado en el libro Vitíligo: hacia una cura natural de un autor anónimo en 2015, ser un agravante en cuanto a la aceleración en la difusión de las manchas y aparición de otras nuevas, siendo por consiguiente la dimensión emocional del individuo que padece la enfermedad de gran importancia para su tratamiento desde cualquier ciencia de la salud.

López (2000) en su estudio refiere que las investigaciones realizadas durante la época en torno al vitiligo y el estrés evidencian que de un 50-70% de los enfermos remiten que la aparición de la enfermedad se da posterior a un evento estresante, tal como la pérdida de un ser querido, divorcio, problemas familiares, dificultades laborales, entre otras, determinando que éstos son factores de riesgo a tener en cuenta a la hora de intervenir con pacientes con Vitíligo, además de que el estrés y las alteraciones emocionales son una constante en la vida de los mismos. Es por esto que el abordaje desde el área de psicología pasa a tener un papel protagónico en los servicios de salud, a pesar de lo referido por López, Millares, Fajardo, & Lera (1995) en su estudio en cuanto a la poca investigación realizada desde la psicología en esta área, el componente psicológico implicado es amplio y es pertinente ser abordado, logrando quizás resultados más óptimos al tener una intervención interdisciplinaria.

Área problemática

El curso de enfermedades de origen orgánico como el vitiligo, traen consigo implicaciones emocionales fuertes para el individuo que la padece, y el abordaje desde salud mental busca la mitigación de esta afectación en las diferentes áreas del mismo, la terapia cognitiva basada en mindfulness también referida como meditación de conciencia plena, busca conducir a este estado a través de la atención en el momento presente, teniendo en cuenta sensaciones, pensamientos, estados corporales, curiosidad y aceptación, lo que permite que al experimentar el presente sin prejuicios, disminuya el estrés generado por la orientación cognitiva hacia pensamientos de referencia con el pasado o con el futuro, promoviendo aceptación y comprensión de la situación médica actual con un grado inferior de ansiedad, lo que permite el fortalecimiento de mejores estrategias de afrontamiento.

Objetivo

Intervenir las síntomas emocionales, cognitivos y conductuales desde la terapia cognitivo conductual basada en mindfulness como técnica coadyuvante, para el mejoramiento de calidad de vida del paciente.

Objetivos Específico

Describir el desarrollo etiológico de la enfermedad médica, como el vitiligo, y su comorbilidad con el trastorno adaptativo y síntomas ansiosos -depresivos, con el fin de explicar la formulación clínica desde los elementos teóricos cognitivo conductuales.

Realizar la comparación de las respuestas cognitivas, afectivas y comportamentales asociadas al Trastorno de adaptación antes y después del tratamiento.

Determinar si las técnicas cognitivo-conductuales son eficaces de acuerdo al plan diseñado para un caso único de Trastorno de adaptación.

Historia Clínica

Identificación del paciente

Nombres: Juan

Edad: 15 años

Ciudad: Bucaramanga

Ocupación: Estudiante

Motivo de Consulta

Juan es un adolescente y acude a psicoterapia en compañía de su madre, el motivo de consulta que refiere es: “mi mamá dice que necesito ayuda debido a mi enfermedad”, donde actualmente presenta enfermedad de vitíligo, y sumado a esto su madre decide llevarlo puesto que también se presentan problemas con el primer grupo de apoyo, la familia.

Descripción sintomática

Síntomas fisiológicos:

Tensión muscular

Cefaleas

Opresión en zona cardíaca

Hiperventilación

Síntomas cognitivos:

Pensamientos de tremendismo

Personalización

	Visión negativa del futuro
Síntomas conductuales:	Bajo rendimiento académico
	Aislamiento
	Novillos
Síntomas afectivos:	Desesperanza
	Desamparo
	Irritabilidad
	Minusvalía

Historia Personal

Juan es un joven de 15 años de edad, estudiante de 10°, vive actualmente con la abuela tras la separación de sus padres, acude a consulta acompañado por su madre, accede a la terapia después de llegar a un acuerdo con su mamá para buscar ayuda debido a lo que había venido sucediendo a nivel de salud y con situación familiar, el motivo de consulta que refiere es: “mi mamá dice que necesito ayuda debido a mi enfermedad”. Reporta en este primer encuentro que presenta los siguientes síntomas, irritabilidad, tensión muscular, dolor de cabeza, desesperanza sumada a la preocupación por algunas situaciones familiares, su Vitíligo, además en ocasiones baja tolerancia a la frustración.

Así mismo, presenta desconfianza de los demás y buenas intenciones de las personas, por que decide hacer cosas solo en las actividades escolares como trabajos grupales. Juan es un joven que en el último año ha venido presentando bajos rendimiento escolar el cual es un tema que llama la atención si se tiene en cuenta que siempre ha sido un joven con buen nivel académico y sobre todo responsable.

Al momento de estar de llegar a la terapia sus padres llevan 8 meses de separación y es un hecho que genera un traumatismo en su vida, si se tiene en cuenta, que se ve inmiscuido directamente al ser el quien da una información que provoca una discusión que desencadena conflicto de sus padres.

En el ámbito familiar siempre se ha preocupado por su hermano menor, es decir que reconoce que es una figura representativa para él. Actualmente en este ámbito Juan es el mediador entre los conflictos de sus padres que se encuentran separados, es quien lleva la información del uno al otro. Estos se separan y la figura paterna se desaparece por 3 meses, siendo una etapa difícil para el sistema familiar puesto que la figura materna es quien toma las riendas de hogar, a partir del regreso del padre es que Juan se ha convertido en el intermediario entre ambos y desde allí comienza a surgir la despigmentación propia del vitíligo, las cuales se encuentran principalmente en su torso y entrepiernas.

A nivel escolar lo profesores según su madre, lo identifican como un alumno aplicado con tendencia a ser líder cuando se lo propone con capacidades de argumentación y análisis en el momento que se le pide aportes. Pero como se refiere anteriormente, ha presentado dificultades en rendimiento académico, se aísla del resto de sus pares y por ende presenta novillos, ausentando se clases dentro del mismo centro educativo.

De igual manera, Juan no se siente agobiado por que a pesar del tratamiento las manchas de su vitíligo no reducen, además de que a pesar de que toma el medicamento se siente cansado de este, por momentos dice: “me molesta que no entiendan en momentos como me siento, porque es a mi quien me sucede y no sé cómo manejarlo”

Después de la separación de los padres Juan presenta síntomas de desesperanza o desamparo, rumiaciones sobre el hecho de darse cuenta del motivo de la separación hasta el hecho de sentirse culpable por esta, impotencia y sentimiento de minusvalía.

También presenta síntomas fisiológicos como: cefaleas constantes de tipo tensional, opresión en el pecho, hiperventilación, tensión muscular en hombros y en el cuello.

Es de acotar que el hecho de la separación de sus padres es un evento que marca emocionalmente al paciente, Folkman, Lazarus, Gruen y De Longis (1986) citado por Naranjo (2009) expone que diferentes eventos significativos en la vida de la persona pueden ser causantes de estrés provocando un desequilibrio emocional, dicha situación lo lleva a cuestionarse su implicación en el desencadenante de la separación, atribuyéndose culpa y lo está llevando por un momento de agotamiento por lo que refiere no saber cómo manejar el conflicto entre ellos y la posición de mediador que le ha sido asignada así como la situación actual de su enfermedad y la presión que ésta conlleva, Leira (2011) refiere que el estrés alude a una reacción del individuo ante situaciones amenazante o de excesiva demanda, como en el caso de Juan, además Sandín & Chorot (2003) especifican que el individuo implementa determinados y diferentes esfuerzos para sobrellevar la situación estresante, desde lo conductual y cognitivo. El estrés presente en Juan manifiesta lo expuesto por Sierra, Ortega & Zubeidat (2003) abarcando un carácter bio-psico-social, afectando las diferentes esferas del paciente, entorno familiar, social, académico, la presencia de pensamientos automáticos de carácter irracional y sumado a esto la aparición de la enfermedad de vitíligo.

Como se refiere previamente, Juan se encuentra en una fase de agotamiento, Melgosa (1995) citado por Naranjo (2009) manifiesta la existencia de 3 etapas de estrés por

las que pasa la persona, alarma donde se manifiestan los primeros síntomas o llamados de atención, resistencia donde la persona continúa enfrentando la situación sin lograr subsanarla y sobrellevando frustración y sufrimiento, y finalmente agotamiento con síntomas de fatiga, agotamiento y depresión, sintomatología presente actualmente en Juan.

Historia Familiar

Juan es el hijo mayor de una familia nuclear conformada por papá, mamá y hermano menor, pertenecientes a la ciudad de Bucaramanga. Hace aproximadamente 8 meses los padres de Juan se separan abruptamente debido a que Juan encuentra en el celular de su progenitora conversaciones con otra persona, lo que lleva a que le comente a su padre lo sucedido y éste toma medidas en la relación iniciando una separación.

Al separarse el padre de Juan desaparece por 3 meses, donde la situación económica para la familia y las tensiones se ven reflejadas por su ausencia, tomando la figura materna todas las responsabilidades dentro del hogar. Posteriormente el padre de Juan re aparece y continúan con el proceso de separación, donde Juan se ha sentido culpable y asimismo se le ha otorgado un rol mediador entre el conflicto de sus padres, él es quien lleva información del uno al otro y apacigua los conflictos.

Actualmente pertenece a una familia extensa de línea materna, pasa a vivir con su abuela y tíos maternos, actualmente no vive con su padre puesto que éste se encuentra viviendo en otra ciudad y su madre se encuentra trabajando en un municipio de Santander. La relación con sus padres es de mediador entre los mismos, con su padre es más distante a diferencia de su madre con quien tiene mayor cercanía, con su hermano menor posee buena relación, pero ocasionalmente discute con él debido a inconformismo por el papel pasivo

Genograma

determinando por parte del paciente que ésta se encuentra en aproximadamente el 70% de su cuerpo.

Tabla 1. Resultados de la formulación clínica

Resultados de la formulación clínica			
Nivel cognitivo	Nivel Conductual	Nivel fisiológico	Esquema mal adaptativo
Tremendismo	Tensión muscular	Aislamiento	Insoportabilidad
Personalización	Cefaleas	Bajo rendimiento	Fracaso
Visión negativa del futuro	Dolores cervicales	académico	
	Color en zonas cardiacas	Novillos	

Finalmente, y teniendo en cuenta el conjunto de síntomas previamente descritos se diagnostica al paciente con trastorno adaptativo mixto en relación a estímulo estresante por problema relativo al grupo primario y manifestación de enfermedad física de vitíligo, según el DSM-V, con un periodo prolongado de tiempo (crónico) (Caballo, Salazar, & Carrobes, 2014)

Tabla 2. Criterios diagnósticos DSM-V para Trastornos Adaptativos

Trastorno adaptativo
A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un

estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:

1. malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
2. deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.

D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

F43.22 Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28].

Análisis de caso

La evidencia clínica muestra una serie de aplicaciones clínicas para el mindfulness, tanto para problemas de salud mental y física, además de ser útil en la relación terapéutica y el fortalecimiento de habilidades necesarias para todo terapeuta. Las intervenciones basadas en este tipo de terapia utilizadas para tratamiento de enfermedades asociadas a estrés han demostrado efectividad para este tipo de patologías, así mismo en referencia a

sintomatología de tipo afectivo, ayuda a prevenir recaídas en pacientes con depresión, dado interrumpe el patrón de pensamiento rumiador en eventos de riesgo.

Mindfulness es una práctica o proceso psicológico centrado en la experiencia del momento presente, con características de aceptación y no juzgar, entendiendo su relación con el establecimiento de una conciencia reflexiva y de aceptación frente a las sensaciones, emociones, pensamientos experimentados sea cuales sean, sin emitir prejuicios sobre ellos. Esta técnica propone focalizar la atención en el ahora, haciéndonos conscientes de nuestro organismo, nuestras conductas y nuestros pensamientos, lo anterior promueve procesos de disminución de sintomatología ansiogena relacionada con enfermedades de base física u orgánica, desplazando los pensamientos al presente, y buscando mitigar las rumiaciones hacia el futuro o el pasado, propiciando espacios de aceptación del cuadro clínico actual.

Descripción de las sesiones

Durante las intervenciones se implementa principalmente el uso del Mindfulness, Labrador (2008) la denomina atención plena, conciencia plena, presencia atenta y reflexiva, es una técnica que busca centrar en el presente de forma activa y reflexiva, en el aquí y el ahora. Uno de los referentes más importantes dentro del mindfulness es la meditación budista zen, relacionadas con técnicas de control fisiológico como relajación.

Es una experiencia de atención plena sin otorgar valor, aceptando la experiencia tal y como se da, Linehan citado por Labrador (2008) lo denomina como un entrenamiento que supone instruir al paciente para que observe su propio cuerpo y lo describa, sin valoración, centrándose en el presente. El procedimiento incluye componentes cognitivos de la mano con procesos de relajación corporal.

Con el paciente se trabaja el MBCT (Mindfulness-based cognitive therapy) de Segal et al., citado por Labrador (2008) orientado a la prevención de recaídas de la depresión, implementando un componente cognitivo en cuanto a tratar los pensamientos y distorsiones cognitivas, dividiendo el proceso en 4 fases. En primera instancia con Juan se realiza una “fase personal”, primero se psicoeduca sobre la Meditación Mindfulness promoviendo niveles profundos de conciencia y facilitando la desactivación en momentos que así lo vea conveniente, asimismo se buscó disminuir la evitación y aumentar la confianza en sí mismo (Cayoun, 2013)

En las primeras tres sesiones se buscó una mejoría en cuanto a las conductas fisiológicas que presentaba el paciente. En la primera sesión se trabajó la concentración por medio de la respiración, dándole instrucciones de sentarse cómodamente, sin cruzar las piernas o los brazos y se le da la instrucción de concentrarse en la respiración, se le pidió que visualizara sus fosas nasales y que con el uso de la imaginación visualice su nariz y el ingreso del aire a la misma, no se le solicita que específicamente cierre los ojos pero que si se centre en un punto en específico frente a él, si tenía la necesidad de cerrarlos podía hacerlo. En esta sesión se realizaron 3 ejercicios con unos descansos breves con la finalidad de familiarizarlo con el mindfulness. La instrucción dada fue la siguiente para los ejercicios:

T: Vas a concentrarte en cómo el aire entra, sale, no vas a estar pendiente si vienen pensamientos, los pensamientos son pendulares (uso de analogía) ellos van y vienen y no necesariamente tenemos que pelear con ellos durante este proceso, ellos pueden entrar, pero deben volver a salir y volvernos a centrar en la respiración.

A partir de estos ejercicios Juan manifiesta un cambio, expresa distensión en sus músculos, sentirse más tranquilo, más relajado durante cada ejercicio, aumentando esta relación con la repetición. Se asigna como compromiso que realice este ejercicio a diario, implementando como orientación específica “note”:

T: Note como el aire entra por las fosas nasales, recorre el cuerpo hasta llegar a los pulmones, note como sale el aire, note como la respiración llega al estómago...

Posteriormente se realiza la “fase de exposición”, Labrador (2008) define que “la clave de la misma es impedir que la evitación o el escape se conviertan en una señal de seguridad” (p.263), donde se fomente un proceso de habituación ante la exposición recurrente al objeto/situación evitada por el paciente. Con Juan se utiliza las técnicas de exposición en cubierta y después en vivo, facilitando la disminución de la actividad evitativa ante situaciones externas que producían sintomatología ansiosa.

Posteriormente se realiza la tercera fase, “fase interpersonal”, en la cual se entrena al consultante para que aprenda a impedir la reacción ante la actividad de los demás que le afecta, implementando desde la terapia cognitiva el uso de metáforas

Se entrena al consultante, para que aprenda a impedir la reacción ante la actividad de los demás. Principio de terapia Cognitiva desde la Metáfora, durante el tratamiento “pueden servir para explicar determinadas estrategias y volverlas más atractivas” (Bunge, Gomar, & Mandil, 2007, p.241) en este caso se implementa la “Nube Roja” tomado de (Santadreu, 2016) y “ser Feliz en el Vertedero”, éste último hace referencia a la aceptación de lo que ocurre en el aquí y el ahora. También se trabajó con el paciente como tarea una

metáfora denominada “alquimista de la incomodidad” donde realiza un autorregistro de la relajación y cambios percibidos:

P: Iba a coger el bus con mi abuela y cogimos el que nos dirigía a casa, pero daba muchísimas vueltas y mi abuela se estresó, en cambio yo aproveche esa oportunidad para descansar y relajarme.

Entre la semana escolar hubo un día en el cual un profesor nos hizo una evaluación sorpresa de filosofía, todos desesperados por la evaluación sorpresa gritaban y se dirigían mal al profesor, en cambio yo aproveche esa discusión para echarle un repaso breve al cuaderno para ver si en el previo me acordaba de algo.

Seguido a esto se hace uso del debate cognitivo (Santadreu, 2016) donde se buscó determinar el apego que tenía Juan frente al sentimiento de fracaso como hijo, culpa y necesidad de ser el mediador entre ambos padres, activando la renuncia, es decir, quitar esa relevancia absurda por desempeñar dicho papel.

Tabla 3. Debate cognitivo realizado con el paciente

Debate Cognitivo		
Adversidad	Fase 1 Determinar el Apego	Fase 2: Activar la renuncia
“Me estresa el conflicto con mis papas”	“Si no les ayudo con el llevar y traer soy un FRACASO como hijo”	“Para ser un buen hijo no necesito ser el mediador entre los dos”.

Finalmente se realiza la cuarta fase, “fase empática” donde se le enseña a Juan habilidades empáticas basadas en la experiencia que vive a diario, desarrollar una conciencia y acciones éticas que actúan como ayuda contra-condicionante ante posibles recaídas futuras.

Marco Conceptual

El vitiligo es una “leucodermia que pertenece a un grupo de enfermedades que se distinguen por la falta de pigmentación en la piel, causadas por la ausencia o incapacidad de los melanocitos para producir melanina.” (Salinas Santander, y otros, 2014) su prevalencia según el mismo estudio descriptivo el cual incluyó a 198 pacientes diagnosticados con vitiligo en México se refiere que a nivel mundial entre el 0.1 y 2% pero este porcentaje puede variar, lo cual permite inferir que la presencia de dicha enfermedad aún continúa siendo en menor medida y posiblemente por esto se los estudios realizados desde diferentes disciplinas son pocos.

La enfermedad de Vitiligo afecta principalmente el ámbito estético del individuo debido a las múltiples alteraciones en la piel, lo cual evidentemente genera un impacto en el contexto social en el que el individuo se encuentre, donde aún en diferentes culturas son estigmatizados por su condición, Perpiñá Gonzáles (2017) refiere que la sociedad trata a los pacientes diagnosticados con la enfermedad de la misma forma que tratan a cualquier individuo por ser diferentes, asimismo, comentan que en países como la India se siguen manteniendo comentarios antagónicos en torno a quienes poseen dichas manchas en su cuerpo, insultando e incluso aislando. Por otra parte, al presentarse un alto impacto psicosocial cada individuo manifiesta de forma diferentes su queja y angustia, la mayoría refiere (Mesas Vila & Castellano Rioja, 2017) experimentan discriminación, ofensas,

irritabilidad y ansiedad, asimismo alteraciones en la imagen corporal, sentimientos de inferioridad y dificultad en relaciones interpersonales

El vitíligo es por ende una enfermedad que según estudios no se ha abordado en mayor amplitud desde un abordaje psicológico, debido a que ha sido considerada una enfermedad que al no presentar afectación aparte de los cambios físicos, se dejó de lado el sufrimiento por el que pasan las personas que la padece y el impacto emocional que ésta genera, donde debido a la estigmatización social y los cambios físicos, produce un cambio en la calidad de vida del individuo, afectando su relación consigo mismo y la forma en que se relaciona con los demás.

Por ende, cabe destacar que existen factores psicológicos presentes tanto en el inicio como en el mantenimiento de la enfermedad, los cuales refiere (Salinas Santander, y otros, 2014) son “coadyuvantes en el inicio, el mantenimiento y la exacerbación de la condición”. Al presentar dichas manifestaciones físicas de la enfermedad en la piel los individuos manifiestan desarrollar sentimientos negativos sobre sí mismo, sienten vergüenza, llegan al aislamiento y presentan baja autoestima, refiere Picardo y Taieb (2010) citados por Perpiña Gonzáles (2017), asimismo presentan frustración, ira y desilusiones, llegando en muchos casos a transformarse en episodios depresivos, en los adolescentes, refieren dichos autores, son frecuentes los sentimientos depresivos al encontrarse en una etapa evolutiva donde la opinión de los pares es de gran impacto.

Por un lado, se observa que debido a las manifestaciones de la enfermedad surgen sufrimientos a nivel psicológico en el individuo y a su vez a nivel relacional, la forma de interacción con la familia y miembros de la comunidad cambia como se menciona previamente debido al estigma social, pero otro aporte importante es como sugiere López

(2000) citado por Perpiña Gonzáles (2017), donde los acontecimientos significativos en la historia de vida de una persona, constituye un factor de riesgo para la aparición de la enfermedad, tales como el fallecimiento de seres queridos, dificultades laborales, problemas familiares, entre otros, determinando de alguna u otra forma el inicio de la enfermedad debido a estrés percibido, angustia, tristeza y dificultades para adaptarse al cambio.

Perpiñá Gonzáles también refiere en su estudio que existe una relación evidente entre estrés y vitíligo, donde más de un 50% o incluso el 70% de pacientes con la enfermedad manifiestan la aparición de la misma tras un evento estresante relevante en su vida, el cual perjudicó de alguna u otra forma su calidad de vida. Podría decirse que existe una relación entre el Vitíligo y los trastornos de adaptación referidos en el DSM-V, los cuales son trastornos que tienen una relación directa con eventos traumáticos o cuyo factor estresor es clave (American Psychiatric Association, 2013)

Remor (2009) toma en consideración posibles vías de influencia del estrés en cuanto a las enfermedades de afección cutánea, por un lado, refiere lo mencionado previamente acerca de acontecimientos vitales los cuales alteran las actividades usuales del individuo y que exigen un reajuste en su vida, por otra sintomatología estresora en la cotidianidad del individuo, y finalmente el estrés que es producido por la enfermedad misma.

Guardado Díaz & otros (2011) comenta que otro factor psicológico presente en el padecimiento de vitíligo hace referencia a los pensamientos que los pacientes tienen sobre la enfermedad, toda la parte cognitiva también se ve afectada e influenciada por la presencia del vitíligo, siendo éste también de gran importancia a la hora de realizar intervenciones desde el área psicológica, obteniendo un papel decisivo y fundamental para

el curso, condición y tratamiento de la enfermedad. Es por esto que la Terapia Cognitiva ha sido implementada para el trabajo con estos pacientes, implementando técnicas propias de la corriente teórica tales como verbalización de pensamiento y sentimientos, analizar lo eventos antecedentes al problema, minimizando patrones cognitivos y conductuales que repercuten en el mantenimiento y agravamiento de la misma.

Son pocos los estudios realizados en la actualidad en cuanto a la relación existente entre aspectos psicológicos y la enfermedad de Vitiligo, Remor (2011) menciona en un estudio realizado que las personas con vitiligo son quienes más afectación psicológica presentan, llegando incluso al 70%, por consiguiente, a pesar de ser una enfermedad que poca complicación tiene a nivel de salud física, es importante su abordaje, estudio y profundización desde diferentes disciplinas, realizando un trabajo interdisciplinario y, como menciona (Merli, Serra, Montenegro, & Pascual, 2014) desde la psicología, al reconocer las causas y consecuencias psicológicas de la enfermedad, se puede recibir un apoyo e intervención de forma oportuna, logrando una mayor adhesión al tratamiento y una mejor respuesta.

Cabe destacar otro de los hallazgos encontrados, Salinas Santander, y otros (2014) los cuales realizaron un estudio denominado “ Vitiligo: factores asociados con su aparición en pacientes del Noreste de México”, donde por medio de un estudio descriptivo que incluyó 198 pacientes con la enfermedad encuentran que el 73% de la población registró un evento o vivencia familiar o ambiental estresante asociada con el inicio de la enfermedad, siendo por ende posiblemente un factor en la etiología del vitiligo. Asimismo Kent (2000) en un estudio realizado con UK Vitiligo Society y 662 individuos miembros de la misma que proveían la información de primera mano, refiere que durante la enfermedad los

individuos se enfrentan a alteraciones emocionales debido a los cambios físicos evidentes en su cuerpo, de los cuales como se menciona anteriormente, son estigmatizados y asimismo se evidencian distorsiones cognitivas en torno al mismo, en cuanto a la imagen que tienen de sí mismos, apreciaciones que hacen sobre lo que piensan lo demás, dificultades en autoestima, entre otros, siendo importante la realización de un tratamiento que también se enfoque en dicha área.

Ortega Aguilar (2011) realiza un estudio de caso sobre los efectos psicológicos de la enfermedad de vitíligo en pacientes mayores de 20 años en la ciudad de Matagalpa en un periodo entre 2010-2011, donde con una muestra de 5 pacientes refiere que primero, las consecuencias psicológicas del vitíligo inciden en los individuos que la padecen afectando pensamientos, emociones y conducta, especialmente con estados de ánimo ansioso/depresivo y estrés, siendo también determinante en cuanto a la afectación en las demás esferas de la persona, su ámbito social, laboral y familiar, teniendo por consiguiente un impacto a nivel psicosocial, corroborando nuevamente el planteamiento acerca de la importancia y pertinencia de una intervención interdisciplinaria con quienes padecen Vitíligo, y no centrarse específicamente en lo médico, puesto que como menciona Ortega Aguilar, la afectación emocional puede llegar a desarrollar trastornos psicopatológicos relevantes.

Metodología

Para la presente investigación se realiza un estudio de caso, definido por Martínez (2006) como una herramienta de investigación cuya fortaleza radica en que a través de ésta se mide y registra la conducta de las personas involucradas en el estudio.

Chetty citado por Martínez (2006) expone que con este método los datos pueden ser obtenidos desde una variedad de fuentes, como documentación historias clínicas, pruebas estandarizadas aplicadas con datos cuantitativos, entrevistas, observación, entre otras, por ende para éste caso se harán uso de pruebas propias de la psicología para la evaluación del caso, registros de sesión, historia clínica, entre otros.

Yin (1989) citado por Martínez (2006) refiere que el estudio de caso es apropiado para temas que resultan novedosos, al ser una investigación empírica examina e indaga sobre un fenómeno actual, donde quizás las fronteras del mismo no resultan tan claras, se pueden implementar multitud de herramientas para la obtención de datos y puede realizarse en un caso o muchos casos.

Para la presente investigación el estudio de caso se trabaja con un paciente de 15 años en 10º, hijo mayor y perteneciente a una familia de padres separados, actualmente su sistema familiar es familia extensa, presenta enfermedad de vitíligo con despigmentación de alrededor del 70% de su cuerpo, evidencia problemas comportamentales y cognitivos debido a estrés, ansiedad y síntomas depresivos, por ende se formula un plan de intervención basado en el enfoque cognitivo conductual para lograr una disminución en la despigmentación de la enfermedad de vitíligo y promover calidad de vida en el adolescente.

Consideraciones éticas

Para la presente investigación se tendrá en cuenta la ley 1090 de 2006 de Colombia, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones, artículo 2 de los principios generales: Responsabilidad, Competencia, Estándares morales y legales, confidencialidad, Bienestar del usuario, Relaciones profesionales, Evaluación de técnicas, Investigación con

participantes humanos respetando la dignidad y el bienestar del participante, y artículo 10, deberes y obligaciones del psicólogo, a) Guardar completa reserva sobre la persona, situación o institución donde intervenga, los motivos de consulta y la identidad de los consultantes, salvo en los casos contemplados por las disposiciones legales ;b)

Responsabilizarse de la información que el personal auxiliar pueda revelar sin previa autorización; c) Llevar registro en las historias clínicas y demás acervos documentales de los casos que le son consultados, d) Mantener en sitio cerrado y con la debida custodia las historias clínicas y demás documentos confidenciales; e) Llevar registro escrito que pueda sistematizarse de las prácticas y procedimientos que implemente en ejercicio de su profesión, todos bajo los parámetros de la Resolución 1995 de 1999 decretada por el ministerio de salud, f) Guardar el secreto profesional sobre cualquier prescripción o acto que realizare en cumplimiento de sus tareas específicas, así como de los datos o hechos que se les comunicare en razón de su actividad profesional; g) Cumplir las normas vigentes relacionadas con la prestación de servicios en las áreas de la salud, el trabajo, la educación, la justicia y demás campos de acción del psicólogo; h) Respetar los principios y valores que sustentan las normas de ética vigentes para el ejercicio de su profesión y el respeto por los derechos humanos. (Ministerio de la proteccion social, 2006)

Resultados, discusión y conclusiones

Para la evaluación final se implementaron nuevamente los dos instrumentos que se usaron como línea base. Con el inventario de pensamientos automáticos (Ruiz & Lujan, 1991) se identifica que los pensamientos de tremendismo han disminuido, el paciente reconoce que lo que sucede en su vida y en especial en su entorno familiar es normal y no lo magnifica, asimismo en cuanto a los pensamientos de personalización evidenciados al

iniciar el proceso, en este punto ya no se apropia y expresa la culpa de sí mismo con respecto al problema y separación de sus padres, ya no se siente un “fracaso como hijo”, permitiendo una mejor proyección ante el futuro y no un estancamiento debido al estado de agotamiento en el que se encontraba con respecto al estrés.

En el cuestionario de esquemas de Young, YSQ-K (Young, 1999) el paciente se encontraba con un esquema de fracaso del dominio Autonomía y desempeño deteriorados, definido por Beck & Freeman (1995) como la creencia de que se ha fracasado o fracasará inevitablemente, o de que es inherente con respecto a áreas de logro, todo esto debido posiblemente a la enfermedad y los conflictos familiares actuales, pero al finalizar el proceso ese esquema de fracaso se ve disminuido y mitigado, debido a que ya no presenta la dicotomía entre el tremendismo y fracaso, puesto que su discurso interior deja de ser irracional y es más flexible, expresando que no es un “fracaso como hijo”. Adicionalmente cabe destacar que al finalizar el proceso el paciente refiere que acudió nuevamente a cita por dermatología, donde reporta que en esta última visita la despigmentación se encuentra en un 30%, disminuyendo considerablemente, mejorando la confianza en sí mismo y permitiéndole identificar que dicha despigmentación tiene una alta relación con la forma como se percibe a sí mismo y a los problemas en su entorno, generando un compromiso con su enfermedad.

Al cerrar el proceso psicoterapéutico con el paciente se halla que el uso de Mindfulness tuvo un óptimo resultado, Linehan citado por Labrador (2008) lo denomina como un entrenamiento que supone instruir al paciente para que observe su propio cuerpo y lo describa, sin valoración, centrándose en el presente, lo cual permitió que él en primera instancia reconociera y aceptara su enfermedad de vitíligo con la sintomatología asociada a

la misma, asimismo, reconoció que debía darle un espacio de atención a dichos síntomas que claramente afectaban su desarrollo e interacción con las personas cercanas y significativas a sí mismo y con el medio, además se logró identificar una disminución en el estrés que el paciente manifestaba teniendo en cuenta el trastorno adaptativo de tipo mixto que llevaba casi 1 año sucediendo, reduciendo los síntomas fisiológicos propios de la alteración emocional de tensión muscular, cefaleas, dolores cervicales y dolor en zonas cardíacas.

Desde la terapia cognitiva con el uso de la metáfora permitió que el paciente hiciera una reestructuración sobre los pensamientos y creencias en torno a la separación de sus padres y su posición como hijo, así como la situación actual de su enfermedad, llevándolo a que posteriormente continuara realizando el debate cognitivo, haciéndole ver la dicotomía entre ser o no un fracaso como hijo, entrenándolo para que la conducta cognitiva problema continuara su disminución, hasta el punto en que finalizando el proceso logra expresar que no es un fracaso como hijo, visualizándose en el aquí y el ahora.

La combinación de terapia cognitiva y mindfulness tiene por consiguiente buenos resultados con pacientes con un trastorno psicológico asociado a una enfermedad médica, como se observa en el presente caso, tal y como refiere Guardado Díaz & otros (2011) la terapia cognitiva es una herramienta clave al poder abordar un factor psicológico importante en este tipo de enfermedades, los pensamientos que tienen sobre la enfermedad y en especial sobre sí mismos en relación a la enfermedad y a eventos significativos en su vida, puesto que evidentemente como se observa en el presente estudio de caso, la dimensión cognitiva repercute en el mantenimiento y agravamiento de la enfermedad.

Perpiña Gonzáles (2017) refiere que los acontecimientos de suma significación en el individuo pueden determinar un factor de riesgo para la aparición del vitíligo, tal y como en el paciente Juan, la separación abrupta de sus padres y los cambios en la dinámica y estructura familiar donde él representaba un participante clave tanto en el evento estresor como en el ahora, produjo la aparición de la enfermedad. Perpiña Gonzáles también permitió constatar que existe una relación entre el vitíligo y los trastornos de adaptación, donde claramente se diagnosticó a Juan con Trastorno adaptativo de tipo mixto.

Finalmente, cabe destacar la importancia de hacer procesos de intervención desde el área de psicología oportunamente en cuanto al estrés por el cual cualquier individuo pasa en su vida cotidiana, para que estos no aumenten en complejidad y tiempo evolucionando en trastorno adaptativo como el encontrado en el presente caso, el cual fue de tipo mixto y afectaba las diferentes esferas en las que el paciente se desenvolvía.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V*. Colombia: Médica Panamericana.
- Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica. (2016). *AsoColDerma*.
Obtenido de Vitiligo:
https://asocolderma.org.co/enfermedades_dermatologicas/vitiligo
- Beck, A., & Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiv para los trastornos de la personalidad*. España: Ediciones paidós.
- Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2007). Implementación de metáforas en la terapia cognitiva. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 16, 239-249.
- Caballo, V., Salazar, I., & Carrobles, J. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Colombia: Pirámide.
- Cayoun, B. (2013). *Terapia cognitivo-conductual con mindfulness integrado, principios y práctica*. España: Desclee de brouwer.
- Guardado Díaz, V. d., Domínguez, M., Peralpa Pedrero, M. L., Jurado Santacruz, F., Anides Fonseca, A., Constantino Casas, P., & Torres Arreola, L. d. (2011). Guía de práctica clínica para el tratamiento del vitiligo. *Dermatología Revista Mexicana*, 55(5), 267-276.
- Kent, G. (2000). Understanding the experiences of people with disfigurements: an integration of four models of social and psychological functioning. *Psychology, health and medicine*, 5(2).

- Labrador, F. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. España: Pirámide.
- Leira, M. (2011). *Manual de bases biológicas del comportamiento humano*. Montevideo: Departamento de publicaciones unidad de comunicación de la Universidad de la República.
- López Gonzáles, V. (2000). Determinantes psicosociales en la aparición y curso del Vitiligo. *Revista Cubana de Medicina general integral*, 16(2), 171-176.
- López, V., Millares Cao, C., Fajardo, R., & Lera, L. (1995). Características psicológicas de los enfermos de Vitiligo. *Revista Cubana de Psicología*, 12(3), 245-253.
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y gestión*, 20, 165-193.
- Merli, A., Serra, E., Montenegro, V., & Pascual, L. (2014). Impacto de calidad de vida en vitiligo. *Archivos Arentinos de Dermatología*, 64(4), 139-143.
- Mesas Vila, N., & Castellano Rioja, E. (2017). Estudio comparativo de la calidad de vida relacionada con la salud, en la población Albina, con Vitiligo y sin patología cutánea. *Terapeía*, 9, 47-61.
- Ministerio de la proteccion social. (2006). Ley número 1090 de 2006. *Ley número 1090 de 2006*. Colombia.
- Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista educación*, 33(2), 171-190.
- Ortega Aguilar, S. E. (2011). *Estudio de casos sobre los efectos psicológicos del padecimientod e vitiligo en pacientes mayores de 20 años de la ciudad de*

Matagalpa durante el periodo de 2010-2011 . Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Perpiñá Gonzáles, J. (2017). Tesis doctoral: Doctorado en psicología clínica y de la salud. *Relación entre la evolución de vitíligo, el estrés el paciente y el malestar subjetivo*. Valencia, España: Universidad de Valencia.

Remor, E. (2009). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Ruiz, & Lujan. (1991). *Inventario de pensamientos automáticos*. Obtenido de Manual de psicoterapia cognitiva:
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi59fyEpMbeAhWH11MKHZP4AXQQFjAAegQICRAC&url=https%3A%2F%2Fcampusvirtual.univalle.edu.co%2Fmoodle%2Fpluginfile.p](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi59fyEpMbeAhWH11MKHZP4AXQQFjAAegQICRAC&url=https%3A%2F%2Fcampusvirtual.univalle.edu.co%2Fmoodle%2Fpluginfile.php%2F114803%2Fmod_folder%2Fcontent%2F0%2FInventario_de_)
[hp%2F114803%2Fmod_folder%2Fcontent%2F0%2FInventario_de_](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi59fyEpMbeAhWH11MKHZP4AXQQFjAAegQICRAC&url=https%3A%2F%2Fcampusvirtual.univalle.edu.co%2Fmoodle%2Fpluginfile.php%2F114803%2Fmod_folder%2Fcontent%2F0%2FInventario_de_)

s.a. (2015). *Vitíligo: hacia una cura natural del Vitíligo*. México: Pearson editorial.

Salinas Santander, M., Sánchez Domínguez, C., Cantú Salinas, C., Ocampo Garza, J., Cerda Flores, R., Ortiz López, R., & Ocampo Cardiani, J. (2014). Vitíligo: factores asociados con su aparición en pacientes del noreste de México. *Dermatol Revista Mexicana*, 58, 232-238.

Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 39-54.

Santadreu, R. (2016). *Ser feliz en Alaska, mentes fuertes contra viento y marea*. Bilbao: Grojalbo.

Schedel, H. E., & Cazenave, A. (1851). *Tratado práctico de las enfermedades de la pie.*

México: Universidad Complutense.

Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade/fortaleza*, 3(1), 10-59.

Valle, Y. (2017). *Una guía pertinente para el Vitíligo*. Nueva York: Fundación para la investigación del Vitíligo.

Young, J. (1999). *Young Schema Questionnaire*. Florida: Professional Resource Press.

Anexos

Anexo 1. Cuestionario de Esquemas de Young

CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG, YSQ-L₂* D. Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer, N. H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, M. Schnitter (2003) Universidad de San Buenaventura – Medellín (Colombia) Desarrollado por Jeffrey E. Young, PhD y Gary Brown, Med. Copyright, 1990.	Nº Protocolo

INSTRUCCIONES

Enumeradas aquí, usted encontrará afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe de acuerdo a las siguientes categorías:

1	2	3	4	5	6
Completamente falso de mí	La mayor parte falso de mí	Ligeramente más verdadero que falso	Moderadamente verdadero de mí	La mayor parte verdadero de mí	Me describe perfectamente

Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

1	Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales.	1	2	3	4	5	6
2	Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo.	1	2	3	4	5	6
3	La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos.	1	2	3	4	5	6
4	Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o dirección cuando no estoy seguro de qué hacer.	1	2	3	4	5	6
5	Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen.	1	2	3	4	5	6
6	Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero.	1	2	3	4	5	6
7	Me aflijo cuando alguien me deja solo(a), aún por un corto período de tiempo	1	2	3	4	5	6
8	No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente.	1	2	3	4	5	6
9	Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieran, y me dejen.	1	2	3	4	5	6
10	Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas.	1	2	3	4	5	6
11	Me siento tan indefenso(a) si no tengo personas que me protejan, que me	1	2	3	4	5	6

	preocupa mucho perderlas.						
12	Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo.	1	2	3	4	5	6
13	Me da una gran dificultad confiar en la gente.	1	2	3	4	5	6
14	Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas.	1	2	3	4	5	6
15	Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen.	1	2	3	4	5	6
16	Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás.	1	2	3	4	5	6
17	Me preocupa volverme un indigente o vago.	1	2	3	4	5	6
18	Me preocupa ser atacado.	1	2	3	4	5	6
19	Siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina.	1	2	3	4	5	6
20	Me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente.	1	2	3	4	5	6
21	Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno.	1	2	3	4	5	6
22	Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables.	1	2	3	4	5	6
23	Le doy más a los demás de lo que recibo a cambio.	1	2	3	4	5	6
24	Usualmente soy el (la) que termino cuidando a las personas a quienes tengo cerca.	1	2	3	4	5	6
25	No importa que tan ocupado(a) esté, siempre puedo encontrar tiempo para otros.	1	2	3	4	5	6
26	Siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo.	1	2	3	4	5	6
27	Me da vergüenza expresar mis sentimientos a otros.	1	2	3	4	5	6
28	Me es difícil ser cálido y espontáneo.	1	2	3	4	5	6
29	Me controlo tanto, que los demás creen que no tengo emociones.	1	2	3	4	5	6
30	Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden.	1	2	3	4	5	6
31	Tengo que parecer lo mejor la mayoría del tiempo.	1	2	3	4	5	6
32	Trato de hacer lo mejor. No puedo conformarme con lo "suficientemente bueno".	1	2	3	4	5	6
33	Mis relaciones interpersonales sufren porque yo me exijo mucho.	1	2	3	4	5	6
34	Mi salud está afectada porque me presiono demasiado para hacer las cosas bien.	1	2	3	4	5	6
35	Con frecuencia sacrifico placer y felicidad por alcanzar mis propios estándares.	1	2	3	4	5	6
36	Cuando cometo errores, me merezco fuertes críticas.	1	2	3	4	5	6
37	Tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las contribuciones de los demás.	1	2	3	4	5	6

38	Usualmente pongo mis propias necesidades por encima de las de otras personas.	1	2	3	4	5	6
39	Con frecuencia siento que estoy tan involucrado(a) en mis propias prioridades, que no tengo tiempo para dar a los amigos o a la familia.	1	2	3	4	5	6
40	Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo para completar tareas rutinarias o aburridas.	1	2	3	4	5	6
41	Si no consigo una meta, me frustro fácilmente y la abandono.	1	2	3	4	5	6
42	Es para mí muy difícil sacrificar una satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo.	1	2	3	4	5	6
43	Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo perseverar para completarlas.	1	2	3	4	5	6
44	No me puedo concentrar en nada por demasiado tiempo.	1	2	3	4	5	6
45	No me puedo forzar a hacer las cosas que no disfruto, aun cuando yo sé que son por mi bien.	1	2	3	4	5	6

Anexo 2. Consentimiento informado

Ciudad y Fecha _____

En forma libre y voluntaria yo, _____ identificado
(a) con la cédula de ciudadanía número _____ de _____,
acepto que mi hijo (a) _____ reciba
intervención cognitivo conductual a través de las sesiones terapéuticas que
permitan modificar las conductas que afectan la dimensión cognitiva, emocional y
social; tratamiento que estará a cargo de la psicóloga de la Asociación Hacia un
Mejor Futuro ELOGIOS SOM, quien se compromete en mantenernos informados
acerca de la evolución del proceso terapéutico.

Firmado en la ciudad de _____ a los _____ días del
mes de _____ del año _____.

Acudiente
C.C

Profesional Psicología